

Биби́к И.Л., Засте́нская И.А.,
Безкро́вная В.Г., Пере́сада О.А.

ЛИЗОСОМНЫЕ ГИДРОЛАЗЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРО- ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

/ Минск /

Проблема язвенной болезни сохраняет свою актуальность в последние десятилетия, т.к. заболеваемость данной патологией возрастает и составляет, по данным разных авторов, от 3,5% до 15%. Увеличивается и частота ее осложнений, в частности, перфораций, что наблюдается в 5-10% случаев и сопровождается летальностью в 2-12,8% случаев.

Одним из основных звеньев патогенеза язвенной болезни является кислотно-пептический фактор. Именно на это звено направлена ваготомия, хорошие результаты после которой наблюдаются в 88,3-92,8% (Авокян А.А., Ашхамад М.Х., 1990; и др.). Тем не менее многие хирурги продолжают ушивать перфоративную язву, выдвигая в качестве основного аргумента перитонит. Следует признать, что оценка тяжести перитонита зачастую затруднительна, и недаром до сих пор в качестве ориентира используют сроки, прошедшие с момента перфорации язвы, которые сами по себе не могут быть достоверным критерием стадии и степени тяжести этого осложнения.

Известно, что развитие ряда патологических процессов, сопровождающихся явлениями деструкции и воспаления тканей и органов, тесно связано с нарушением деятельности мощного гидролитического аппарата лизосом клеток и тканей (Покровский А.А., Тутельян В.А., 1976). Активированные гидролазы поддерживают воспалительные реакции, обуславливая их дальнейшее распространение, вступают в сложные взаимодействия со многими метаболическими системами. В связи с этим у больных язвенной болезнью, осложненной перфорацией, с последующим хирургическим вмешательством, произведенным в различные сроки от момента перфорации, изучали активность лизосомных гидролаз (кислых кате-

синов, кислой фосфатазы, Д-маннозидазы); а также содержание нейраминовой кислоты.

Исследования проводились у 53 больных в возрасте от 23 до 81 года. У 39 больных язва располагалась в 12-перстной кишке, у 14 - в выходном отделе желудка. В сроки до 6 часов с момента перфорации поступило 26 больных; через 6-12 часов - 16; через 12-18 часов - 2; через 18-24 часа - 2; у 4 больных от момента перфорации прошло более 24 часов. Из 42 больных, поступивших в течение 12 часов с момента перфорации, радикальные операции в виде различных вариантов ваготомии и резекции желудка выполнены лишь у 36. Остальным 17 больным выполнено ушивание язвы.

Объектом исследования служило содержимое брюшной полости, полученное при операции; для сравнения рассматривали аналогичные показатели перитонеальной жидкости, полученной при диагностической лапароскопии (т.е. при хирургически интактной брюшной полости).

Полученные результаты свидетельствуют, что развитие перитонита сопровождалось выраженной активацией исследованных ферментов и увеличением содержания нейраминовой кислоты в перитонеальном экссудате. Наиболее существенное возрастание активности гидролитических ферментов (для кислой фосфатазы и Д-маннозидазы более, чем 15-кратное; для кислых катепсинов - 1,5-кратное) и уровня нейраминовой кислоты (4,5-кратное) происходило в первые 6 часов после перфорации - I группа. В последующий период (6-12 часов; II группа) интенсивность активации изучавшихся гидролаз и нарастания нейраминовой кислоты заметно снижалась: отклонения от соответствующих величин I группы составляли 26-44%. В период от 12 до 24 часов после прободения (III группа) рассматриваемые показатели в сравнении с группой II стабилизировались.

Предварительный анализ результатов исследования позволяет полагать, что основная картина перитонита развивается в первые 6 часов от момента прободения; последующая динамика (по нашим показателям) незначительна. Изложенное может служить дополнительной предпосылкой для расширения границ ранее рекомендованных сроков выполнения радикальных операций при перфоративных язвах.